

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ  
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ  
ДЕРМАТОЛОГІЇ,  
ВЕНЕРОЛОГІЇ  
ТА ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

**МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

*присвяченої 160-річчю професора М.В. Тупцева*

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків  
2020

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 45

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар проф. Л.А.Болотна, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добрянська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус А.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рошенюк, проф. О.О.Сизон, проф. В.І.Степаненко

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу, тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmnu@gmail.com

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад професора М.В.Типцева в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції:

Збірник наукових праць. – Х.: , 2020. – 351 с.

**ISBN 978-966-97945-8-1**

В сборнике научных трудов кафедры дерматовенерологии Харьковского национального медицинского университета отражен вклад профессора М.В.Типцева в истории становления и развития кафедры. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных болезней.

Для научных работников, специалистов.

*Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.*

*Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.*

ISBN 978-966-97945-8-1

ББК 55.83

© Харківський  
національний  
медичний університет,  
2020

## **АНЕТОДЕРМІЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ**

Дащук А.М., Пустова Н.О.

*Харківський національний медичний університет*

**Ключові слова:** анетодермія, еластичні волокна, атрофія шкіри.

**Вступ.** Анетодермія (anetodermia, грец. Anetos розслаблений, млявий + derma шкіра; синонім плямиста атрофія шкіри) - різновид осередкової атрофії шкіри. Зустрічається рідко, переважно у жінок молодого і середнього віку. **Етіологія** не відома. В окремих випадках виявлений зв'язок з хронічною інфекцією. Іноді спостерігаються позитивні результати лікування пеніциліном, що підтверджує інфекційну теорію. Передбачається вплив нейроендокринних порушень. **Патогенез** анетодермії невідомий. Ключовий дефект - це пошкодження еластичних волокон дерми. Анетодермію можна розглядати як незвичайний вид рубцювання. Втрата еластину дерми може бути результатом порушення клітинного циклу еластину, викликаного або посиленням деструкції, або зменшенням синтезу еластичних волокон [1].

**Основна частина. Клінічні ознаки.** Для всіх типів анетодермії характерна вогнищева втрата нормальної еластичності шкіри. Типові вогнища - локалізовані ділянки в'ялої шкіри, що звисає, так що створюється враження втрати речовини дерми з утворенням западин, зморшок або мішкоподібних вип'ячувань. Діаметр таких атрофічних вогнищ блакитно-білого або тілесного кольору становить від 5 до 30 мм. Їх кількість варіює від декількох одиниць до декількох сотень. Поверхня шкіри може бути зморшкуватою, тонкою, часто позбавлена пігментації, в центрі вогнища іноді спостерігається западання. Злиття дрібних вогнищ призводить до утворення більших випинань. При натисканні палець провалюється, не зустрічаючи опору, в ямку з чіткими кордонами, як ніби в грижове кільце (ознака «гудзикової петлі»). Протрузія з'являється знову, як тільки зникає тиск після відводу пальця. Найбільш типові ділянки появи таких безсимптомних вогнищ - груди, спина, шия і верхні кінцівки [1,2,3].

Первинною анетодермією вважається стан, який розвивається без асоційованого основного шкірного захворювання (тобто на клінічно нормальній шкірі). Традиційно первинна анетодермія підрозділяється на два типи: (1) вогнища, яким передувало запалення, в основному еритема (тип Ядассона-Пеліццарі) і (2) вогнища без попереднього запалення (тип Швенінгера-Буцці). Ця класифікація представляє інтерес тільки з історичної точки зору, оскільки обидва типи вогнищ можуть бути присутніми у одного і того ж пацієнта, а прогноз і гістологічна картина при цьому однакові.

При істинній вторинній анетодермії характерне атрофічне вогнище з'являється на ділянці попередніх патологічних змін, найбільш частими причинами яких є акне і вітряна віспа. Серед численних гетерогенних дерматозів, які асоціюються з вторинною анетодермією, можна назвати сифіліс, хворобу Лайма, контагіозний моллюск, піломатрікому, ювенільну ксантогранулему, кільцеподібну гранулому, лепру, дискоїдний червоний вовчак, саркоїдоз і червоний плоский лишай, а також багато інших дерматозів. Анетодермія описана у недоношених немовлят, в деяких випадках вона викликана контактом шкіри з електричними проводами від приладів або адгезивним матеріалом. Обидва типи анетодермії можуть бути пов'язані з основним захворюванням, головним чином з антифосфоліпідним синдромом і вірусом імунодефіциту людини. Незважаючи на те, що більшість випадків носить спорадичний характер, описані рідкісні спостереження сімейної анетодермії, яка зазвичай не асоціюється з попередніми шкірними вогнищами [2,3,4,5,6].

**Гістопатологія** анетодермії. При рутинному фарбуванні зрізів колагенові волокна в дермі ураженої шкіри мають нормальний вигляд. При будь-якому типі анетодермії спостерігаються періваскулярна лімфоцитарна інфільтрація, вираженість якої нерідко не корелює з клінічними ознаками запалення. Переважаючим дефектом, що виявляється при фарбуванні еластичних тканин, є вогнищева, повна або часткова, втрата еластичної тканини в сосочковому і ретикулярному шарі дерми. Зазвичай спостерігаються залишкові, аномальні, неправильної форми або фрагментовані еластичні волокна. Передбачається, що ослаблення мережі еластичних волокон призводить до в'ялості і випинання шкіри. При прямій імунофлюоресценції в ураженій шкірі іноді спостерігаються лінійні або гранулярні відкладення імуноглобулінів і комплементу уздовж епідермо-дермальної лінії і навколо кровоносних судин дерми. При електронній мікроскопії виявляється фрагментарний і нестандартний вид еластичних волокон, які іноді оточені макрофагами [1,7].

**Диференціальний діагноз.** Анетодермію слід диференціювати з іншими захворюваннями сполучної тканини.

Келоїдні рубці утворюють більш тверді вузли, що виявляються при пальпації. Наявність травми в анамнезі допомагає поставити правильний діагноз, гістологічна картина також є характерною.

Викликана глюкокортикоїдами атрофія найчастіше розвивається над триголовим м'язом плеча або сідницях, в місцях ін'єкцій. Клінічно вогнища нагадують атрофодермію. Встановленню діагнозу сприяють данні анамнезу. При поляризації можна помітити стероїдні кристали в дермі [1,2].

Ліпоматозний поверхневий невус Хоффмана і Цурхелле є групове скупчення м'яких, тілесного або жовтого кольору вузлів, зазвичай в нижній частині тіла і на сідницях, які присутні з народження. При гістологічному дослідженні в дермі спостерігаються ектопічні зрілі лімфоцити [4,5,6].

Папульозний еласторексіс - набуте захворювання, для якого характерні білі щільні нефолікулярні папули розміром від 1 до 3 мм, рівномірно розташовані на грудях, животі та спині. Захворювання зазвичай проявляється в підлітковому або ранньому дорослому віці. При гістологічному дослідженні виявляють осередкову дегенерацію еластичних волокон і нормальний колаген. Асоційованих позашкірних аномалій не спостерігається. Деякі автори вважають, що це захворювання є варіантом невусів сполучної тканини або абортивної формою синдрому Бушко-Оллендорфа, в той час як інші вважають, що такі висипання представляють собою рубці папулезного акне. Ці висипання диференціюють з анетодермією, оскільки вони представляють собою тверді вогнища, що не піддаються стисненню [8].

Еластоз середньої ділянки дерми зазвичай представлений більш великими осередками дифузійних зморшок без випинання, причому процес обмежений середньою частиною дерми [8].

**Лікування.** Лікування, яке було б ефективним при первинній анетодермії, не існує. При вторинній анетодермії ефективне лікування основного запального захворювання може попередити утворення нових вогнищ. Пацієнтам з поодинокими обмеженими вогнищами, які косметично неприйнятні, рекомендується хірургічна ексцизія. Для лікування анетодермії застосовувалися різні засоби і методи, однак вони не приводили до поліпшення атрофічних вогнищ. До таких методів належать внутрішньовогнищеві ін'єкції тріамцінолону та системна терапія аспірином, дапсоном, фентоїном, пеніциліном G (бензилпенициллином). Деякі автори повідомляють про поліпшення при застосуванні гідроксіхінолона [1,2].

**Висновки.** У даній статті ми нагадали лікарям дерматовенерологам і лікарям загальної практики про таке рідкісне захворювання шкіри, як анетодермія. Ми описали гістологічні зміни, які відбуваються в шкірі хворих на анетодермію, провели порівняльний аналіз клінічних варіантів, надали детальну інформацію про захворювання з якими анетодермію треба диференціювати, висвітлили деякі аспекти лікування. Сподіваємося, що представлена в статті інформація буде сприяти розумінню змін, які відбуваються в шкірі хворих на анетодермію, полегшить діагностику цього дерматозу та допоможе лікарям в їх практичній роботі.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРИ:

1. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т./Л.А. Голдсмит, С.И. Кац, Б.А. Джилкрест и др.; пер. с англ.; общ. ред Н.Н. Потекаева, А.Н. Львова. Изд. 2-е, исп., перер., доп. – М.: Издательство Панфилова, 2015, Т. 1. - 2015.1168 с.: ил.
2. Venencie PY, Winkelmann RK, Moore BA: Anetoderma: Clinical findings, associations, and long-term follow-up evaluations. *Arch Dermatol* 120:1032, 1984
3. Thomas JE et al: Familial anetoderma. *Int J Dermatol* 42:75,2003
4. Ammar NM et al: Adolescent striae. *Cutis* 65:69,2000
5. Saleh Z et al: Atrophoderma of Pierini and Pasisni: A clinical and histopathological study./ *Cutan Pathol* 35:1108-1114,2008
6. Callaway SR, Leshner JL: Keratosis pilaris atrophicans: Case series and review. *Pediatr Dermatol* 21:14,2004
7. Venecie PY, Winkelmann RK: Histopathologic findings in anetoderma. *Arch Dermatol* 120:1040,1984
8. Gambichler T: Mid-dermal elastolysis revisited. *Arch Dermatol Res* 302:85-93,2010.

## АНЕТОДЕРМИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Дашук А.М., Пустовая Н.А.

Харьковский национальный медицинский университет

**Ключевые слова:** анетодермия, эластичные волокна, атрофия кожи.

**Резюме.** В данной статье мы напомнили врачам дерматовенерологам и врачам общей практики о таком редком заболевании кожи, как анетодермия. Мы описали гистологические изменения, которые происходят в коже больных анетодермией, провели сравнительный анализ клинических вариантов, предоставили подробную информацию о заболеваниях, с которыми анетодермию необходимо дифференцировать, осветили некоторые аспекты лечения. Надеемся, что представленная в статье информация будет способствовать пониманию изменений, которые происходят в коже больных анетодермией, облегчит диагностику этого дерматоза и поможет врачам в их практической работе.

## ANETODERMY: A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

Dachshuk A.M., Pustova N.O.

Kharkiv National Medical University

**Key words:** anetoderma, elastic fibers, skin atrophy.

**Resume.** In this article, we have reminded dermatovenerologists and general practitioners of such a rare skin disease as anetoderma. We described the histological changes that occur in the skin of patients with anetoderma, conducted a comparative analysis of clinical variants, provided

detailed information on diseases with which anetoderma should be differentiated, highlighted some aspects of treatment. We hope that the information presented in the article will help to understand the changes that occur in the skin of patients with anetoderma, facilitate the diagnosis of this dermatosis, and help doctors in their practical work.